



И.Ф. Сырбу¹, Д.Ю. Рязанов², П.В. Новохатний³

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ И ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»,

³Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи, г. Запорожье

Ключові слова: виразкова хвороба, гострий панкреатит, диференційна діагностика.

Ключевые слова: язвенная болезнь, острый панкреатит, дифференциальная диагностика.

Key words: ulcerous illness, acute pancreatitis, differential diagnostics.

Проаналізовано досвід використання інструментальних методів обстеження в клініці невідкладної хірургії черевної порожнини для диференційної діагностики виразкової хвороби у 137 хворих з абдомінальним больовим синдромом невиразної етіології. Встановлено, що комбіноване використання оглядової рентгеноскопії, ультразвукового дослідження черевної порожнини, езофагогастродуоденоскопії, діагностичної лапароскопії є обов'язковим мінімально необхідним діагностичним комплексом, що дозволяє диференціювати виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки з гострим панкреатитом у всіх хворих.

Проанализирован опыт использования инструментальных методов обследования в клинике неотложной хирургии брюшной полости для дифференциальной диагностики язвенной болезни у 137 больных с абдоминальным болевым синдромом неясной этиологии. Установлено, что комбинированное применение обзорной рентгеноскопии, ультразвукового исследования брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии, диагностической лапароскопии является обязательным минимально необходимым диагностическим комплексом, позволяющим дифференцировать язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с острым панкреатитом у всех больных.

The experience of using of instrumental methods of inspection in the clinic of urgent surgery of abdominal cavity is analysed for differential diagnostics of ulcerous illness in 137 patients with the agnogenic abdominal pain syndrome. It is determined that the combined application of X-ray investigation, ultrasonic research of abdominal cavity, esophagogastroduodenoscopy, diagnostic laparoscopy is obligatory minimum of necessary diagnostic complex, which allows to differentiate ulcerous illness of stomach and duodenum with acute pancreatitis for all patients.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) – наиболее часто встречающееся заболевание внутренних органов, которое, по данным мировой статистики, распространено примерно у 10% взрослого населения. По данным Центра медицинской статистики, в Украине заболеваемость язвенной болезнью желудка и ДПК за последние 10 лет увеличилась на 38,4% [3]. Первичная инвалидизация больных язвенной болезнью желудка и ДПК составляет в нашей стране в среднем 17,1% от всех гастроэнтерологических заболеваний. На диспансерном учете в связи с наличием данной патологии находятся около 1 млн пациентов, из которых каждый второй был на стационарном лечении, а каждый третий терял трудоспособность более 1 раза в год [1]. Вместе с тем, частота диагностических ошибок, в частности ложноположительный диагноз острого панкреатита, достигает 30–40% случаев [2,4]. Учитывая различия в лечебной тактике, сроке хирургического вмешательства у больных с осложнениями язвенной болезни желудка и ДПК и больных острым панкреатитом, совершенствование приемов и способов диагностики этих заболеваний является актуальной задачей urgentной хирургии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить возможности инструментальных методов исследования в дифференциальной диагностике язвенной болезни желудка и ДПК и острого панкреатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследуемую группу вошли пациенты без язвенного анамнеза, не оперированные ранее по поводу гастродуоде-

нальной язвы и ее осложнений, которым на догоспитальном этапе выставлен диагноз острого панкреатита. Критерии исключения: больные с характерными клиническими проявлениями острых осложнений язвенной болезни («кинжальная» боль, втянутый доскообразный живот при перфорации; рвота кровью и ее дериватами, мелена при желудочно-кишечном кровотечении). Изучены результаты обследования и лечения 137 больных язвенной болезнью желудка и ДПК, поступивших в клинику кафедры общей хирургии Запорожского государственного медицинского университета за период с 2006 по 2010 год включительно. Мужчин было 84 (61,3%), женщин – 53 (38,7%). Возраст больных – от 19 до 83 лет (в среднем составил 37±10,3 лет). Бригадой скорой медицинской помощи доставлены 106 пациентов (77,4%), самостоятельно обратились 31 (22,6%) человек.

Всем больным проводили инструментальное обследование согласно принятому в клинике диагностическому алгоритму при абдоминальном болевом синдроме неясной этиологии. Выполняли УЗИ (ультразвуковой сканер Siemens SL-1 (Германия)), эзофагогастродуоденоскопию (эзофагогастродуоденофиброскоп GIF-110 фирмы Olympus (Япония), ГДБВО-4 фирмы ЛОМО (Россия), видеогастроскоп GIF-Q150 фирмы Olympus (Япония)) с инсuffляцией воздуха, обзорную рентгеноскопию органов грудной и брюшной полости по стандартной методике (рентгенодиагностические аппараты РУМ-20 «Мосрентген» (Россия), РУМ-20Г «Мосрентген» (Россия), РУМ-20М «Мосрентген»



(Россия)), лапароскопию (лапароскоп системы Hopkins, Storz (Германия)).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ургентное ультразвуковое сканирование органов брюшной полости выполнено всем пациентам. Информативным УЗИ органов гепатобилиарной системы было у 114 (83,2%). При этом отмечены следующие патологические изменения: неоднородное (24 (17,5%)) и диффузное (52 (38,0%)) повышение акустической плотности поджелудочной железы, свободная жидкость в брюшной полости (10 (7,3%)), наличие жидкости в сальниковой сумке (4 (2,9%)), жидкостное образование подпеченочного пространства с эхопризнаками абсцедирования (3 (2,2%)). В последнем случае выполняли лапаротомию после соответствующей предоперационной подготовки. В ходе вмешательства диагностирована прикрытая перфорация пилорoduodenальной язвы, осложнившейся подпеченочным абсцессом. Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта с инсuffляцией воздуха проведено у 134 (97,8%) больных. Информативной эзофагогастродуоденофиброскопия была у 71 (51,8%). Хроническая язва луковицы ДПК диагностирована эндоскопически у 32 (23,4%), хроническая залуковичная язва ДПК – у 8 (5,8%), острая язва ДПК – у 9 (6,6%), хроническая язва пилорического отдела желудка – у 14 (10,2%), хроническая язва тела желудка – у 5 (3,6%), хроническая язва кардиального отдела желудка – у 3 (2,2%). Полноценный осмотр желудка и ДПК невозможен у 66 (48,2%) обследуемых, диагностическая манипуляция у которых ограничена инсuffляцией воздуха. Обзорная рентгеноскопия органов грудной и брюшной полости осуществлена всем 137 больным. Рентгенологическое исследование выявило наличие свободного газа в брюшной полости у 13 (9,5%). Эти пациенты подвергнуты неотложному хирургическому вмешательству. Перфоративная пилорoduodenальная язва обнаружена у 10 (7,3%) пациентов, перфоративная язва тела желудка – у 3 (2,2%) больных.

Диагностическая лапароскопия выполнена у 19 (13,9%) больных с проявлениями абдоминального дискомфорта неясной этиологии. В эту группу вошли 10 (7,3%) человек с диагностированным при УЗИ гидроперитонеумом. При инструментальной перитонеоскопии выявлен мутный выпот в отлогих местах брюшной полости, гиперемия париетальной и висцеральной брюшины, наложения фибрина на осмотренных органах. Диагностированный перитонит

потребовал срочного хирургического лечения по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы.

Отсроченная диагностическая лапароскопия спустя 24 часа с момента поступления в клинику выполнена 9 (6,6%) больным с сохраняющейся интенсивной болью в животе с нечеткой локализацией. При этом эндоскопические признаки местного перитонита обнаружены у 7 (5,1%). Эти пациенты прооперированы. Причиной перитонита явилась прикрытая перфорация пилорoduodenальной язвы. Острая хирургическая патология при первичной лапароскопии исключена у 2 (1,5%) больных. Однако отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии послужило показанием к выполнению повторной динамической лапароскопии, которую осуществили в течение 48–72 часов с момента поступления в клинику. Эта процедура позволила установить отрицательную динамику в верхнем этаже брюшной полости: появление скудного мутного выпота, единичные нити фибрина в подпеченочном пространстве. В связи с этим выполнено хирургическое вмешательство, при котором обнаружена перфорация хронической язвы задней стенки ДПК.

ВЫВОДЫ

При наличии у больного абдоминального болевого синдрома неясной этиологии обязательным является последовательное применение инструментальных методов обследования: УЗИ, обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости, ЭФГДС, лапароскопии.

При отсутствии положительной или наличии отрицательной динамики в клиническом течении верифицированной язвенной болезни в течение 24 часов консервативной терапии необходимо выполнять диагностическую лапароскопию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безруков В.В. Захворюваність населення старшого працездатного віку в Україні / Безруков В.В., Вержиківська Н.В., Єхнева Т.Л. // Журн. Акад. мед. наук України. – 1998. – № 2. – С. 268–277.
2. Бутов М.А. Сульпирид в лечении заболеваний органов пищеварения / Бутов М.А., Ворначева И.Ю. и соавт. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2007. – Т. 17, №1. – С. 43–47.
3. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення / Голубчиков М.В. // Сучасна гастроентерол. і гепатол. – 2000. – №1. – С. 17–20.
4. Саенко В.Ф. Хирургические аспекты лечения язвенной болезни / Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А. и соавт. // Харківська хірургічна школа. – 2003. – №1 (6). – С. 27–28.

Сведения об авторах:

Сырбу И.Ф., д. мед. н., профессор каф. общей хирургии и ухода за больными ЗГМУ.

Рязанов Д.Ю., д. мед. н., профессор каф. хирургии с курсом гнойно-септической хирургии ЗМАПО.

Новохагний П.В., к. мед. н., зав. эндоскопического отделения Городской клинической больницы экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья.

Адрес для переписки:

Сырбу Иван Федорович. 69035, г. Запорожье, пр-т Маяковского, 26, каф. общей хирургии и ухода за больными ЗГМУ.

Тел.: (067) 726 18 08.

E-mail: novopavel@mail.ru

Поступила в редакцию 14.12.2011 г.